

SOLICITUD PARA EL ENTRENAMIENTO — TIEMPO COMPLETO

Entrenamiento de Tiempo Completo en México—201__

Nombre y apellido:	Género: <input type="checkbox"/> Hno. <input type="checkbox"/> Hna.	Localidad que envía:	
Dirección:	Teléfono:	Fecha de nacimiento: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/>	
Ciudad:	Teléfono trabajo:	¿Piensa traer un automóvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asientos:	
Estado:	Celular:		
Código postal:	e-Mail:		
Nacionalidad:	Idiomas:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otro:	
Educación:	Colegio / Universidad	Especialidad	Título o Grado
Ocupación:	Si sirve de tiempo completo, cuándo comenzó <input type="text"/>		

Fecha de salvación:	Fecha de bautismo:	Fecha en que llegó a la Iglesia:
Localidad donde contactó la iglesia por primera vez:		
Áreas de servicio en la iglesia en las que ha participado:		
Entrenamientos previos en Taipei, Irving, Anaheim u otro ETC:		

Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Divorciado / Separado			
Nombre del cónyuge:	Ocupación del cónyuge:	Edad del cónyuge: <input type="text"/>		
Fecha de matrimonio:	Actitud del cónyuge respecto a ser de tiempo completo: <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo <input type="checkbox"/> También desea ser de tiempo completo			
Dependientes	Nombre	Relación	Edad	¿Son salvos?
1.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Será sostenido económicamente por:	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> La iglesia <input type="checkbox"/> Familia / Amigos <input type="checkbox"/> Otro:
Alguna otra información sobre el apoyo financiero: <input type="text"/>	

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Después de haber leído la carta de instrucciones enviada a sus ancianos, por favor, entréguele a sus ancianos esta solicitud para las recomendaciones, las firmas y el envío. Por favor, asegúrese de completar y adjuntar el Cuestionario Médico.

Incluir una fotografía tamaño 2" x 2" (5 cm. x 5 cm.)

No escriba en esta caja (Para uso de la oficina del ETCMx)

Aprobado por:	Fecha:
<input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> CP/TC	